

Corso di Laurea Magistrale  
**SCIENZE DELLA NUTRIZIONE PER LA SALUTE UMANA**

**Domanda da inviare tramite email al Coordinatore del CdS**

**RICHIESTA PER IL CONSEGUIMENTO DEI CFU A SCELTA  
MEDIANTE ATTIVITÀ DI LABORATORIO O PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a al Corso di Laurea in "**Scienze della Nutrizione per la Salute Umana**"

Anno di Corso \_\_\_\_\_ Matricola n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter frequentare il laboratorio del Dott./Prof. \_\_\_\_\_

presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_

dell'Università/Ente/Azienda \_\_\_\_\_

per poter conseguire n. \_\_\_\_\_ crediti a scelta per un totale di \_\_\_\_\_ ore di attività

di laboratorio o professionale, come previsto dal Manifesto degli Studi, per l'attività descritta qui di seguito.

**DICHIARA**

- di non essere in rapporti di parentela fino al 4<sup>o</sup> grado con titolare/rappresentante legale/direttore tecnico/socio, ovvero chiunque abbia poteri di rappresentanza della struttura ospitante;
- di non avere rapporti di lavoro con l'azienda/struttura ospitante.

Bari, \_\_\_\_\_

Firma dello Studente \_\_\_\_\_

Visto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(Firma del Docente o del Tutor aziendale)

Presa visione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(Firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse)

**NOTE:**

- **1 CFU a scelta per attività di laboratorio/tirocinio volontario equivale a 12 ore;**
- **per il riconoscimento dei CFU a scelta per attività di laboratorio, il Docente o Tutor dovrà rilasciare, al termine, un attestato di frequenza su carta intestata della propria struttura, facente parte di questo modulo.**
- **LE DOMANDE COMPILATE A MANO NON SARANNO ACCETTATE**

Corso di Laurea Magistrale  
**SCIENZE DELLA NUTRIZIONE PER LA SALUTE UMANA**

**PROGETTO DI ATTIVITA' DI LABORATORIO O PROFESSIONALE**

RICHIEDENTE

Nominativo dello/a studente/ssa ..... matricola .....  
Nata/o a ..... il.....  
Residente in.....  
alla via ..... Codice fiscale:.....

SOGGETTO OSPITANTE

Dipartimento dell'Università di Bari .....  
Dipartimento di altra Università (\*) .....  
Ente/Azienda (\*) .....

*(\*) Nel caso in cui si debba svolgere attività di laboratori/tirocinio volontario presso altra Università/Ente o Azienda deve essere stipulata apposita convenzione da presentare contestualmente alla presente domanda.*

Sede dell'attività: .....

Periodo dell'attività: .....

Tutor del soggetto ospitante .....

**Polizze assicurative:**

- Infortuni sul lavoro INAIL posizione n. D.P.R. 1124 del 30.6.1965. Codice ditta 5762761
- Responsabilità Civile: polizza assicurativa n. 409967981 accesa con la Compagnia di Assicurazioni AXA con scadenza al 30.06.2027
- Rischi Infortuni: polizza assicurativa n. 409987050 accesa con la Compagnia di Assicurazioni AXA con scadenza al 30.06.2027

**Obiettivi e modalità dell'attività di laboratorio o professionale**

*(indicare il titolo del progetto e le attività previste nel limite dello spazio qui di sotto)*

---

---

---

Obblighi dello studente:

- seguire le indicazioni del tutor a cui fare riferimento per qualsiasi esigenza o evenienza;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento dell'attività;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Data, .....

Firma dello studente .....

Firma del Tutor ospitante .....

Firma del Coordinatore del CdS .....

Corso di Laurea Magistrale  
**SCIENZE DELLA NUTRIZIONE PER LA SALUTE UMANA**

Attestato da inviare al Coordinatore del CdS tramite email

**ATTESTATO DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI LABORATORIO O PROFESSIONALE  
AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEI CFU A SCELTA**

Il Sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Docente presso il Dipartimento/Scuola di \_\_\_\_\_

Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

**Oppure**, se trattasi di Struttura Esterna specificare:

Azienda/Ente \_\_\_\_\_

la funzione nell'Azienda/Ente \_\_\_\_\_

DICHIARA

che lo studente \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Iscritto al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_

ha svolto un totale di \_\_\_\_\_ ore di attività di laboratorio corrispondente a \_\_\_\_\_ CFU

e ha superato la prova finale come previsto dal Manifesto degli Studi, per la seguente

attività: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

presso il Laboratorio di \_\_\_\_\_

del Dipartimento o Azienda/Ente \_\_\_\_\_

Bari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del Docente o del Referente Aziendale)

Si approva

\_\_\_\_\_

(Firma del Coordinatore del Consiglio Interclasse)